REVUE D'ORTHOPÉDIE

9.

EXTRAIT

MASSON ET Cie, ÉDITEURS
120, boulevard Saint-Germain.

REVUE
D'ORTHOPÉDIE

PARAISSANT TOUS LES DEUX MOIS

Sous la direction de M. le Dr **KIRMISSON**

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL DES ENFANTS-ASSISTÉS
PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'AMERICAN ORTHOPEDIC ASSOCIATION

Avec la collaboration de MM.

L. OLLIER, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon, correspondant de l'Institut.

A. DUBRUEIL, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Montpellier.

PIÉCHAUD, professeur de clinique des maladies chirurgicales des enfants à la Faculté de médecine de Bordeaux.

O. LANNELONGUE, professeur de pathologie externe à la Faculté de Paris, membre de l'Institut.

A. PONCET, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon.

PHOCAS, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille.

ET DE MM.

Prof. Oscar Bloch (Copenhague); — H. Martin (Lausanne); — Lorenz (Vienne); — B.-E. Brodhurst (Royal orthop. Hosp., Londres); — Fr. Fischer (Nation. orthop. Hosp., Londres); — C.-H. Golding Bird (Guy's Hosp., Londres); — E.-Muirhead Little (Nation. orthop. Hosp., Londres); — E.-H. Bradford (Visiting surgeon to the Children's Hospital, New-York); — V.-P. Gibney (Hosp. for the Ruptured and Crippled, New-York); — A.-B. Judson (New-York orthop. Hosp.); — Newton M. Shaffer (New-York Hospital).

Secrétaire de la rédaction : Dr **RAYMOND SAINTON**

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX
ASSISTANT D'ORTHOPÉDIE ET DE CHIRURGIE A L'HOPITAL DES ENFANTS-ASSISTÉS

La *Revue d'Orthopédie* paraît tous les deux mois par fascicule in-8° avec figures dans le texte et planches hors texte. Elle forme chaque année un volume d'environ 480 pages.

Chaque fascicule contient cinq ou six mémoires originaux, des analyses des travaux des savants français et étrangers, ainsi que des comptes rendus des Sociétés savantes.

ABONNEMENT ANNUEL

Paris, 12 fr. — Départements, 14 fr. — Étranger, 15 fr.

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

SUR LE TRAITEMENT DE LA DÉFORMATION DANS LA COXALGIE

Par A.-B. JUDSON.

Le désir d'empêcher ou de corriger la déformation dans la coxalgie a donné naissance à une grande variété d'opérations et de traitements mécaniques. Parmi ces derniers, j'ai appliqué avec un très grand succès une méthode qui consiste à faire l'éducation du malade au point de vue du rythme de la marche, en même temps qu'il porte l'attelle américaine (1). Cette méthode a été brièvement exposée dans la *Lancette* du 22 décembre 1888, p. 226, 227. Ayant pu contrôler la valeur de ce traitement par de nouvelles expériences, je désire traiter de nouveau ce sujet avec plus de détails.

La déformation et le raccourcissement apparent (qu'il ne faut pas confondre avec le raccourcissement réel) peuvent être considérés comme causés par les efforts du malade pour tenir le membre atteint éloigné du sol en élevant le bassin de ce côté, phénomène qui s'accompagne nécessairement de raccourcissement apparent et d'adduction. (Nous considérons ici la flexion et l'adduction comme étant de même nature.) Le malade prend cette attitude pour empêcher le contact inattendu du pied du côté malade avec le sol, et pour éloigner le membre tout entier de terre en faveur du membre sain qui s'efforce à chaque pas d'assumer la plus grande part de travail comme point d'appui du corps.

(1) Mémoires du *IXe Congrès international de Médecine*, 1887, vol. III, p. 642-645.

Il en résulte que le pied malade ne reste sur le sol qu'un instant, tandis que le bon pied s'y maintient longtemps, et que le rythme naturel de la marche est détruit.



Fig. 1.

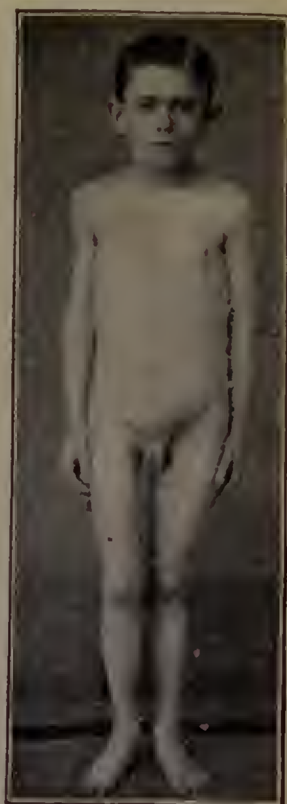


Fig. 2.

Cas I. — Durée de la maladie avant le début du traitement, 19 mois. Durée du traitement, 2 ans et 5 mois. Photographie faite en 1879, après 6 mois de traitement. Age de l'enfant, 9 ans.

La mesure musicale vraie de la marche pourrait être exprimée de la façon suivante :

un – deux - un - deux - un - deux ; et le rythme défectueux comme suit :

un - deux - - - - un – deux – - - - un - deux - - - - un - deux.

On constate que si le malade abandonne sa marche défectueuse pour reprendre la bonne, soit par un effort de la volonté, soit sous l'influence de l'éducation faite dans ce sens, le membre malade perd un peu de son adduction

et de sa flexion pour atteindre plus régulièrement le sol et pour prendre sa part de travail. Grâce à cela, le bassin se redresse et le raccourcissement diminue.

Les modifications du rythme de la marche et la défor-



FIG. 3.



FIG. 4.

Cas I. — Photographie faite en 1899, 20 ans après le traitement. Age, 29 ans.

mation semblent être des incidents naturels destinés à protéger l'articulation malade de tout choc en transmettant une grande part du travail de la locomotion au côté sain. Un des grands avantages de l'attelle américaine est qu'elle fournit une protection complète et qu'elle ramène le rythme naturel de la marche. Ceci demande une force

suffisante pour l'appareil, afin qu'il puisse fournir au corps le point d'appui qu'il est habitué à trouver dans un membre sain.

Les malades qui guérissent avec une infirmité grave, quand ils sont guidés de cette façon, arrivent à vaincre une grande part de cette imperfection, en s'efforçant de



Fig. 5.



Fig. 6.

Cas II. — Durée de la maladie avant le traitement, 1 an. Durée du traitement, 2 ans et 7 mois. Photographié en 1880, après 8 mois de traitement. Age de l'enfant, 6 ans. Examiné en 1899, 20 ans après le traitement : Age, 26 ans. Son état était semblable à celui du Cas III en 1899, sauf qu'il existait un raccourcissement osseux de 1 pouce 1/4.

marcher naturellement, modification qui, il faut bien le dire, ne peut pas s'obtenir s'il existe une ankylose osseuse. C'est un fait intéressant que pendant toutes les premières périodes de la maladie, la position du membre cède facilement et sans douleur à une force légère.

mais continue. Même après guérison, il n'y a pas encore d'immobilisation ni de fixité absolues.

On peut dire par cela même, que le rythme de la locomotion humaine est un sujet qui n'a probablement pas reçu l'attention qu'il mérite. La grande simplicité de ce rythme normal rend une légère altération très facile à remarquer, comme au début d'une infirmité chez un enfant qui accentue simplement le choc sur le sol en hâtant l'arrivée du pied du côté sain. La violation de ce rythme est un des éléments constitutifs de la claudication. La claudication en général, est essentiellement une démarche asymétrique, la symétrie dans la marche nécessitant deux membres semblables, non seulement comme longueur et comme rapports avec le reste du corps, mais aussi comme mouvements. Il y a un point qu'il faut bien connaître, c'est que les boiteux augmentent inutilement leur claudication, en négligeant de porter correctement leurs pieds à terre. Une personne normale peut sembler boiteuse simplement parce qu'elle maintient un pied plus longtemps à terre que l'autre, et une autre, qui est sérieusement boiteuse, peut ne pas le paraître en conservant le rythme normal de la marche.

Une question intéressante et pratique se pose ainsi. Pourquoi deux malades, atteints de la même façon et traités semblablement, guérissent-ils avec des degrés de déformation si différents ? La méthode que nous présentons ici a cherché à donner une réponse à cette question en s'aidant des indications que peuvent donner des faits semblables aux suivants :

Une jeune fille était arrivée à la troisième période de la coxalgie avant que l'on ne commence le traitement. Elle guérit cependant sans adduction, presque sans flexion et une très légère claudication, résultat dû probablement à ce fait qu'elle était seule fille et qu'elle était constamment sous la surveillance d'une mère anxieuse, de telle sorte qu'à chaque pas qu'elle faisait, avec son attelle de hanche, elle s'efforçait de paraître aussi bien qu'elle pouvait. Elle faisait des pas

égaux et le membre malade prenait et conservait une position capable de faire, autant que possible, la moitié du travail de marche.

Un garçon guérit d'une forme modérée, mais il marchait très mal, avec une adduction de 20° et une flexion de 50°, position mauvaise qui peut s'expliquer par ce fait que la mère, femme accomplie et soigneuse, n'était jamais à la maison, occupée qu'elle était au dehors, laissant seule sa famille, composée de quatre enfants. Comme le garçon en question était toujours bien portant, il partageait tous les jeux de ses frères et développait sa bonne jambe aux dépens de la mauvaise, qu'il maintenait dans la flexion et l'adduction pour la soulager.

Une autre malade, guérie après une suppuration prolongée, était une jeune fille douée d'une beauté remarquable et qui, bien que n'étant pas du tout docile, et étant très peu surveillée à la maison, trouva dans la vanité le désir de paraître aussi peu infirme que possible, et s'efforça de marcher correctement. Elle n'a maintenant qu'une très légère claudication, une flexion qui ne dépasse pas 10° et pas d'adduction.

En tenant compte de ces faits et de beaucoup d'autres semblables, il me semble rationnel de supposer que si un malade évite la déformation en marchant naturellement et gracieusement, par l'effet du hasard ou d'une heureuse chance, d'autres malades obtiendraient le même résultat en adoptant la même façon de marcher qu'on leur aurait enseignée. En appliquant cette pensée à la pratique, on admet que l'attelle de hanche est un excellent remède. On peut dire : 1° qu'elle assure l'immobilisation et soulage la jointure en exerçant la traction ; 2° qu'elle protège l'articulation contre les traumatismes dus à la marche ; 3° qu'elle permet au malade de sortir de sa chambre ; 4° qu'elle permet une démarche régulière en réduisant la déformation. Dans ces circonstances, il arrive quelquefois que des malades, peu avancés comme lésions, guérissent avec des mouvements normaux de l'articulation. Dans ces cas, la question du traitement de la déformation n'existe pas.

Les figures représentent l'état de trois malades guéris

à la suite d'un traitement de cette nature. Tous les trois étaient à une période fort avancée avant le traitement, et la sévérité de la maladie est démontrée par les cicatrices et le raccourcissement osseux. Le raccourcissement dû à une position vicieuse du membre n'existe



Fig. 7.



Fig. 8.

Cas III. — Durée de la maladie avant le traitement, 4 ans. Durée du traitement, 4 ans. Photographié en 1879 après un traitement de 18 mois. Age, 13 ans.

pour ainsi dire pas. Les mêmes résultats ont été observés dans des cas moins graves, et nombre d'entre eux ont été publiés.

Pour appliquer cette méthode dans la pratique privée, il faut attacher une attention spéciale à la façon de marcher du malade. On apportera à la marche la précision d'un exercice militaire. Les jeunes filles surveil-

leront leur attitude devant une glace, et les parents seront informés qu'il y a pour les enfants une grande





Fig. 9. Fig. 10.

Cas III. — Photographie faite en 1899, 21 ans après le traitement. Age, 33 ans.

importance à adopter, dans toutes les circonstances des mouvements gracieux et étudiés. Dans les établissements orthopédiques, les malades, pourvus d'attelles de hanche, seront disposés en groupes et une discipline militaire assurera dans la majorité des cas une bonne position de la jambe, en se rappelant que le succès complet dépend beaucoup de l'application de l'appareil.